

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 72

La forme aiguë de la tuberculose génitale chez la femme

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 23 juillet 1945

PAR

Pierre MISSONGÉ

Diplômé d'Hygiène.

Moniteur d'Histologie à la Faculté,
né à Beny-Bocage le 27 août 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. AIMES, <i>professeur, président;</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, <i>professeur;</i>		
		ROUX, <i>agrégé;</i>		
		CADERAS DE KERLAU, <i>agrégé.</i>		

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1945

PIERRE MISSONGE

La forme aiguë de la tuberculose
génitale chez la femme. — *Mont-
pellier, Impr. de la Presse, 1946,*
in-8°, 64 pages.

(Thèse médecine, Montpellier,
1946, n° 72.)

PIERRE MISSONGE

La forme aiguë de la tuberculose
génitale chez la femme. — *Mont-
pellier, Impr. de la Presse, 1946,*
in-8°, 64 pages.

(Thèse médecine, Montpellier,
1946, n° 72.)

PIERRE MISSONGE

La forme aiguë de la tuberculose
génitale chez la femme. — *Mont-
pellier, Impr. de la Presse, 1946,*
in-8°, 64 pages.

(Thèse médecine, Montpellier,
1946, n° 72.)

PIERRE MISSONGE

La forme aiguë de la tuberculose
génitale chez la femme. — *Mont-
pellier, Impr. de la Presse, 1946,*
in-8°, 64 pages.

(Thèse médecine, Montpellier,
1946, n° 72.)

La forme aiguë de la tuberculose génitale chez la femme

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 23 juillet 1945

PAR

Pierre MISSONGÉ

Diplômé d'Hygiène.

Moniteur d'Histologie à la Faculté,

né à Beny-Bocage le 27 août 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. AIMES, <i>professeur, président;</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		TURCHINI, <i>professeur;</i>		
		ROUX, <i>agrégé;</i>		
		CADERAS DE KERLAU, <i>agrégé.</i>		

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1945

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, doyen.
	MASSABUAU.
	LAPEYRE.
Clinique chirurgicale	
Clinique obstétricale	EUZIERE, doy. hon.
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..	BOUDET.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge ..	MARGAROT.
Clinique de dermato-syphillographie	ETIENNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANBRAU, ass.
Clinique des maladies des voies urinaires	AIMES
Clinique gynécologique	DEJEAN.
Clinique ophtalmologique	TERRACOL.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale ..	HARANT.
Histoire naturelle médicale et parasitologie	

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Chimie	MONNIER.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

MM.

Chimie	MONNIER, agrégé.	Clinique de la	
Microbiologie . .	CARRERE, agrégé.	tuberculose . .	VIDAL, professeur.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	Pathologie et	MOURGUE-
—	BERT, agrégé.	Propédeut. chir.	MOLINES, agr.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Pathologie chir.	TRUC, agrégé.
Clin. interne . .	PUECH, professeur.	Chir. expérim. .	
Clin. des mal.		Médecine opér...	ROUX, agrégé.
contageuses . .	JANBON, profes	Accouchements .	CADERAS
			DE KERLEAU, agr.
		Stomatologie . .	HOUPERT, docteur en
			médecine.

Agrégés en exercice

MM.

MM.

Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	Urologie	ROUX.
—	LAFON, ch. d'agr.	Accouchements .	CADERAS
Bactériologie . .	CARRERE.		DE KERLEAU.
Chimie	R.		



A MES PARENTS

A MA FIANCEE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR TURCHINI

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE

CADERAS DE KERLEAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ

COLL DE CARRERA

Hommage respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA FORME AIGUE DE LA TUBERCULOSE GENITALE CHEZ LA FEMME

AVANT-PROPOS

Une thèse comme bien d'autres... Dans ces pages, je ne me targuerai point d'être novateur, car nombreux sont ceux qui avant moi ont défriché le terrain et fait évoluer la question vers la lumière... Je connais certes l'opinion de mes maîtres en la matière...

C'est avec regret que je vois finir ces années de médecine, années de guerre, années remplies de désespérance, puis à nouveau d'espoir... Les derniers jours vont s'égrener, inexorables, et j'aurai le cœur serré... autant qu'à l'automne on voit le vent détacher la première feuille...

Avant de quitter la Faculté, je remercie tous mes maîtres qui ont contribué à mon enseignement médical: plus particulièrement Monsieur le Professeur AIMES à qui je dois le sujet de ce travail et qui aujourd'hui me fait l'honneur de présider cette thèse; Monsieur le Professeur TURCHINI dont j'ai été l'élève et qui a toujours été pour moi un maître bienveillant et affable; Monsieur le Professeur ROUX, dont les leçons toujours pleines de la plus grande clarté et simplicité ont été suivies par moi avec un intérêt croissant Monsieur le Professeur CADERAS DE KERLEAU dont les admirables leçons cliniques, toujours empreintes du plus fin esprit français resteront pour moi un souvenir des plus agréables.

Veuillez accepter tous l'hommage de ma reconnaissance.

INTRODUCTION

La tuberculose génitale étant une affection extrêmement fréquente est importante à connaître, d'une part en raison des conséquences extrêmement sérieuses qu'elle peut entraîner: opérations mutilantes, kystérectomies totales, d'autant plus regrettables qu'elles frappent des jeunes femmes ou jeunes filles.

La tuberculose peut atteindre simultanément utérus, trompes, ovaires, mais peut plus électivement frapper un de ces segments avec une inégale fréquence. Comme le dit J. L. FAURE au Congrès de Rome en 1902: « En pratique, la tuberculose génitale de la femme se réduit à la tuberculose des annexes. »

Nous n'envisagerons ici que la tuberculose des annexes et plus précisément « l'annexite tuberculeuse avec pelvi-péritonite » seule à l'origine de crises aiguës et de complications graves. Son intérêt clinique est primordial puisqu'elle répond à quatre-vingt-dix ou quatre-vingt quinze pour cent des cas. Loin de se présenter comme une annexite chronique, la tuberculose annexielle a souvent une évolution entrecoupée d'accidents aigus et peut même garder durant le cours de la maladie les caractéristiques d'une affection aiguë. De là l'intérêt de son étude.

ETIOLOGIE

Pourquoi et sous quelles causes la tuberculose annexielle peut-elle prendre une forme aigüe?

I. — CAUSE DÉTERMINANTE

Le bacille de Koch, rarement trouvé dans les sécrétions vaginales est plus facile à mettre en évidence par ponction du cul-de-sac de Douglas, suivi d'une inoculation au cobaye.

Faut-il envisager une virulence exceptionnelle de B. K. ou une quantité anormalement importante de bacilles infectant l'organisme pour déterminer une forme aigüe? Il est difficile de le dire.

Toujours est-il que la fréquence de la tuberculose annexielle est grande. Les examens histologiques sont d'ailleurs seuls valables pour justifier les statistiques qui donnent des chiffres à peu près concordants: pour NORRIS: 7,7 %, DRETZKA: 8.5 %. MOULONGUET: 10,5 %, VILLARD et CONDAMIN: 11,2 %.

On peut donc considérer qu'une dizaine d'annexites sur cent sont imputables à la tuberculose.

II. — CAUSES PRÉDISPOSANTES

Age. — L'annexite tuberculeuse frappe essentiellement des femmes jeunes en période d'activité génitale, surtout entre 20 et 30 ans. En général, elle se révèle après la puberté, lors de l'apparition des premières règles, de la mise en activité de l'appareil génital. L'ovaire et la trompe

périodiquement congestionnés, au moment de l'ovulation, subissent un bouleversement considérable, ce qui facilite grandement la localisation tuberculeuse à leur niveau.

Hérédité. — Toutes les causes de débilitation de l'organisme: convalescence de maladies... surtout infectieuses, avec leur phase d'anergie, intoxications, peuvent être le *primum movens* de l'éclosion ou de l'extension de la tuberculose en général et de la tuberculose génitale de la femme en particulier.

— Ou bien il s'agit d'une femme atteinte de bacillose ayant présenté dans son enfance des accidents pleuraux, bronchites à répétition, corticopleurite, localisations articulaires ou osseuses. (Observations n° 3 et 6).

— Ou bien des antécédents personnels ne révèlent rien, mais les antécédents héréditaires permettent de trouver une bacillose contagieuse chez les parents.

Dans d'autres cas, il est impossible de retrouver dans les antécédents des signes d'imprégnation bacillaire. La tuberculose éclatera alors sous forme de primo-infection chez un organisme vierge et évoluera alors sous une forme aigüe.

III. — CAUSES OCCASIONNELLES

Sont susceptibles de favoriser les poussées aigües:

Le mariage. — Par suite de la suractivité fonctionnelle de l'appareil génital féminin et par conséquent de la congestion qui s'exerce à son niveau;

— Par les troubles généraux que subit la jeune fille en devenant femme.

Telle est l'influence facheuse du mariage qui révèle souvent une annexite tuberculeuse. (Observation n° 3).

La puerpéralité réveille souvent des lésions tuberculeuses préexistantes, silencieuses, et les aggrave considérablement. (Observation n° 2).

On peut assister dans le *post-partum* à une évolution de la tuberculose pelvienne aiguë: témoin l'observation de FRUHINSHOLZ « Tuberculose péritonéale aiguë du *post-partum* simulant une infection puerpérale ».

VAUTRIN cite le cas d'une femme ayant souffert de son bas-ventre durant toute sa grossesse et qui après accouchement présente des accidents pelvi-péritonéaux aigus, dont la cause était une annexite tuberculeuse.

L'évolution se fait le plus souvent par la fistulisation à la paroi ou dans un viscère voisin.

Les infections génitales. — Il est classique de dire qu'elles sont « le lit de la tuberculose ». La gonoccocie y tient la plus grande place. Ainsi, souvent le diagnostic s'égare sur la possibilité de telles infections et celui de tuberculose n'est porté qu'à l'intervention ou après un examen histologique.

Les interventions gynécologiques peuvent dans certains cas être à la base d'accidents aigus. BARTHÉLÉMY en donne une observation typique: après une dilatation du col éclate une pelvi-péritonite aiguë. L'opération la démontre tuberculeuse.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Malgré un certain degré de polymorphisme que présentent les lésions produites par le B. K. au niveau des annexes, il a été possible d'individualiser trois formes anatomo-cliniques :

- la forme ascitique péritonéale;
- l'annexite tuberculeuse avec pelvi-péritonite;
- l'abcès froid de la trompe ou de l'ovaire.

Les deux dernières formes, opposées à la première, représentent essentiellement les formes vraiment génitales de la bacillose annexielle. Parmi celles-ci, la forme aigüe de la tuberculose annexielle est représentée par : l'annexite tuberculeuse avec pelvi-péritonite — la plus fréquente et la plus grave.

Il nous paraît utile de dire en quelques mots la caractéristique clinique des autres formes pour bien situer notre question au vif du sujet.

1° *Forme ascitique.* — Il s'agit d'une péritonite tuberculeuse à point de départ tubaire et à prédominance pelvienne. Caractérisée par de l'ascite et à l'ouverture de l'abdomen par des granulations tuberculeuses émaillant le péritoine et pouvant remonter jusqu'à l'ombilic; surtout en grand nombre dans le pelvis et sur les trompes dont la muqueuse présente souvent aussi des lésions bacillaires.

2° *Abcès froid tubaire ou ovarien.* — Forme rare. Ici l'atteinte bacillaire se caractérise par de véritables abcès froids de la trompe et de l'ovaire sans la moindre réaction péritonéale. Les trompes sont le plus souvent distendues par du pus; elles forment des poches indolores parfois très volumineuses, mobiles, pouvant se tordre et simuler un kyste de l'ovaire.

3° *Annexite avec pelvi-péritonite.* — Forme qui nous intéresse. Ici la lésion est essentiellement tubaire. Les lésions de l'ovaire comme de l'utérus qui accompagnent souvent la tuberculose de la trompe passent au second plan. Les deux trompes le plus souvent sont atteintes; très vite la périsalpingite tuberculeuse s'étend au péritoine pelvien. La salpingite d'abord catarrhale entraîne déjà des adhérences, des caséifications, parfois de petits abcès.

A un stade plus avancé, elle devient parenchymateuse. Les annexes englobées dans d'épaisses adhérences ne sont plus apparentes. Les granulations tuberculeuses masquées par les lésions réactionnelles peuvent n'être plus visibles à l'œil nu.

Puis vient le pyosalpinx tuberculeux réalisé par une trompe ou les deux le plus souvent; trompe plus ou moins bosselée, du volume d'un œuf, d'une aubergine, masse pesante tombant dans le Douglas, distendue par du pus grumeleux ou du caséum. Les altérations du péritoine se traduisent par des adhérences unissant la trompe aux ovaires, au pelvis, aux anses intestinales et à l'épiploon, ce qui rend les interventions extrêmement délicates et souvent dangereuses,

SYMPTOMATOLOGIE

Nous sommes en présence dans la plupart des cas de jeunes filles ou femmes jeunes, en pleine activité génitale, sans aucun passé génital ordinairement et dont l'état de santé est apparemment bon.

LE DÉBUT de la forme aigüe de l'annexite tuberculeuse avec pelvi-péritonite peut prendre deux aspects :

— Le plus souvent, début aigü, véritable crise brutale et subite de pelvi-péritonite, coïncidant souvent avec le début d'une période menstruelle ou survenant à l'occasion des premiers rapports sexuels.

Douleur abdominale localisée surtout dans le bas-ventre, qui impose parfois le diagnostic d'appendicite aigüe, torsion pédiculaire d'un kyste de l'ovaire, rupture de grossesse extra-utérine ou annexite gonococcique. Nausées, vomissements. Pouls rapide. Fièvre persistant à 40°, à grandes oscillations. Par contre, conservation surprenante de l'état général. (Telle est la description que nous retrouvons dans l'observation n° 2 et 3).

— Dans d'autres cas, les signes généraux prédominent. Les signes locaux restent frustes ou sont totalement absents. Continuité d'une fièvre à grandes oscillations, amaigrissement, troubles digestifs, asthénie, dépression nerveuse, tels sont les signes de période d'invasion de la tuberculose.

Ici, par contre, déclin rapide et progressif de l'état général. En raison des signes locaux quelquefois inexistants, le diagnostic porté au début est celui de grippe, fièvre typhoïde, granulie pulmonaire. (Voir observations n° 1, 4, 5 et 6).

A LA PÉRIODE D'ÉTAT

Les signes fonctionnels et physiques de la pelvipéritonite sont au complet.

a) *Signes généraux:*

La fièvre : manque rarement; capricieuse; tantôt des paroxysmes fébriles revenant presque régulièrement, tantôt température à grandes oscillations à 39°, 40°.

L'état général est ordinairement bien conservé, ce qui est surprenant en présence d'une fièvre aussi élevée et de phénomènes locaux si intenses. Au contraire, lorsque le début a été insidieux, l'état général s'aggrave considérablement.

b) *Signes fonctionnels:*

La douleur est le signe prédominant et le premier apparu. Douleur localisée aux fosses iliaques, dans le bas-ventre, sourde, continue, sensation de pesanteur, de tiraillement, accompagnée souvent de troubles digestifs mais qui n'interrompt pas la vie courante de la malade. Puis, sur ce fond douloureux, les poussées aigües, paroxystiques intenses apparaissent, se répètent et obligent la malade à s'aliter.

Les troubles génitaux dominent la scène.

La dysménorrhée prémenstruelle est la manifestation la plus fréquente de la tuberculose annexielle ou bien amenorrhée.

Dans d'autres cas, les règles se sont instaurées tardivement et sont peu abondantes.

BRODY pose en principe que toute jeune fille ou jeune femme qui cesse de voir ses règles pendant plus de deux mois en dehors de la grossesse ou d'une maladie grave doit être soupçonnée atteinte d'une lésion pelvienne.

Des métrorragies ou menorragies font chez certaines malades faire le diagnostic de grossesse extra utérine ou d'avortement.

Les troubles digestifs sont divers et sans caractère précis. Nausées, vomissements, troubles dyspeptiques vagues. Constipation alternant avec des périodes de diarrhée.

Des troubles urinaires se voient également et traduisent l'irritation du péritoine pelvifésical: dysurie, pollakiurie, faux besoins.

c) *Signes physiques:*

A l'inspection de l'abdomen, on remarque quelquefois un léger ballonnement, mais le plus souvent rien de visible. La palpation révèle la douleur dans les deux fosses iliaques. Quelquefois on sent une saillie volumineuse qui monte jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure; dans d'autres cas, rien du tout. Résistance à la pression dans la région suspubienne.

Le toucher vaginal, douloureux, met en évidence un empatement marqué du petit bassin, des masses annexielles plus ou moins bloquées par une pelvi-péritonite. L'utérus est comme perdu au milieu d'une masse dure occupant tout le pelvis, utérus le plus souvent petit, aplasique, de type infantile, non enflammé. Le cul-de-sac de Douglas a ses parois presque toujours épaissies, remplies par des adhérences ou des annexes prolabées. Les annexes elles-

mêmes ont des limites voilées par des adhérences, de volume variable, d'une dureté parfois telle que l'on peut penser à un fibrome utérin enclavé dans le petit bassin.

Au spéculum l'utérus est peu modifié. Le col en particulier est recouvert d'une muqueuse normale, ce qui oppose immédiatement l'annexite tuberculeuse à l'annexite gonococcique où il y a augmentation de volume de l'utérus et des altérations du col.

L'ÉVOLUTION de l'annexite, mieux que la symptomatologie, à un moment donné, peut donner la clef du diagnostic.

1° La courbe fébrile est capricieuse; la température atteint des sommets élevés à 40° sans causes apparentes. Il se fait des répétitions de poussées aiguës; des paroxysmes fébriles surviennent régulièrement, ou bien la température prend le type hectique à grandes oscillations;

2° Le traitement médical reste inefficace. Ni le repos au lit, ni la glace sur l'abdomen, ni les injections vaginales, ni la surveillance du fonctionnement intestinal dont l'action est si manifeste dans la majorité des salpingites, n'empêchent les rechutes;

3° Les phénomènes douloureux suivent également un cycle plus ou moins parallèle à celui de la fièvre; « il y a des périodes de guérison apparente suivies de nouvelles phases de la maladie »;

4° Les fistules se produisent avec une grande fréquence. Elles résultent de l'évolution spontanée ou succèdent à des interventions chirurgicales.

L'ouverture se fait à la peau, à la vessie (pyurie), dans l'intestin (émission de pus par l'anus).

Loin d'entraîner une amélioration de l'état général et de

la fièvre, comme dans les collections purulentes banales, ces fistules amènent une aggravation de tous les symptômes. (Observations n° 1, 3, 5, 6).

La caractéristique générale de cette évolution est la progression discontinue vers la gravité. Les accidents aigus se répètent. L'état général s'aggrave. La malade maigrit rapidement.

Abandonnée à elle-même, l'annexite tuberculeuse avec pelvipéritonite aboutit généralement à la mort :

- soit par dissémination de l'infection tuberculeuse;
- soit par complications locales : ouverture d'abcès froid dans un viscère avec infection secondaire;
- soit par affection intercurrente.

L'évolution spontanée vers la guérison est rare, mais possible. Le plus souvent les signes locaux et généraux s'exagèrent et la malade meurt en pleine septicémie.

Devant la persistance de ces phénomènes, le chirurgien a souvent la main forcée et est obligé d'intervenir... toute dangereuse que soit l'intervention tentée...

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Tuberculose génitale. Ouverture dans la vessie d'un abcès pyostercoral. Mal de Pott. Guérison.

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur AIMES)

Mme D. ERNEST, âgée de 35 ans, a été atteinte en avril 1937 d'une infection générale à allure typhoïde. Un mois après le début apparaissait une masse inflammatoire occupant toute la partie sous-ombilicale et le pelvis. Après quelques semaines d'observation, cette masse se collecte sous la forme d'un abcès abdominal, tandis que du côté du pelvis, on constate la présence d'une masse d'une grande dureté. Un chirurgien pratique deux incisions abdominales : l'une médiane, l'autre latérale gauche. L'examen du pus ne permet d'identifier aucun germe. Quelques semaines plus tard, les matières fécales font issue par les deux fistules.

La maladie dont l'état ne s'est pas amélioré est amenée à Montpellier le 23 mars 1940 en état de subocclusion durant depuis huit jours, l'état général est altéré, la malade est très amaigrie. L'abdomen est très distendu, les deux fistules secrètent une petite quantité de pus et de matières. Le pelvis est entièrement envahi par une masse volumineuse, dure, qui le bloque. Elle est surtout développé du côté gauche, mais les annexes droites sont également augmentées de volume, dures, fixées. Il s'agit donc d'une tuberculose génitale très étendue, à début aigu, ayant simulé une fièvre typhoïde.

La malade reçoit du sérum artificiel, du sérum hypertonique intra-veineux, de la péristaltine, de l'huile de ricin, des lavements, de l'huile camphrée ; elle va à la selle le 26 mars.

Le taux de l'indice du Vernes-résorcine est de 121 le 6 mai.

La malade quitte la clinique très améliorée le 20 juin 1940 ; elle se rend au bord de la mer pour cure héliomarine ; elle est traitée par le vaccin de Vaudremer (émulsion faible), le calcium intra-

veineux et les toniques généraux : Cinnozyl, Hémostérine irradiée, etc... Son état se remonte rapidement, les deux fistules sous l'influence des bains de soleil se ferment peu à peu ; elles restent parfois pendant plusieurs jours sans sécréter.

Mais il se produit une fistulisation dans la vessie de l'abcès pyostercoral et la malade est confiée au Professeur TRUC.

L'azotémie est normale, mais les urines contiennent du pus, des colibacilles, des matières fécales. La vessie est mise au repos pendant une huitaine de jours grâce à la sonde à demeure, puis une cystoscopie est pratiquée, qui permet de constater la présence d'une zone ulcérée et œdémateuse au niveau du méat urétéal droit ; au-dessous de celui-ci on découvre un orifice fistuleux par lequel il sort du pus. La sonde à demeure est à nouveau mise en place et l'on conseille des lavages vésicaux à l'argyrol, ainsi qu'une thérapeutique tendant à limiter l'infection urinaire et intestinale. La sonde est changée tous les trois ou quatre jours ; elle restera en place jusqu'en mars 1944.

En décembre 1940, la malade souffre de la colonne lombaire, un examen radiographique du Professeur LAMARQUE montre : « une sacralisation de la 5^e L. D'autre part, on trouve une forte scoliose lombaire. Entre D 12 et L 1, il existe un pincement très marqué, plus accusé sur le bord droit que sur le bord gauche, avec une gibbosité permettant de conclure à une ostéo-arthrite évolutive dorso-lombaire. A noter qu'il y a quelques lésions osseuses par érosion sur la face antérieure et supérieure de la première lombaire.

Le 24 avril 1941, l'indice du Vernes-résorcine est tombé à 88.

Un nouvel examen radiographique du 31 mars 1942 (Professeur LAMARQUE) montre : « un contact intime entre D. 12 et L. 1 consécutif à un foyer d'ostéite qui intéresse le bord inférieur de D. 12 et le bord supérieur de L. 1. Cet effondrement osseux a entraîné une gibbosité très marquée. A l'heure actuelle on peut constater une bonne calcification. Les lésions ne semblent plus devoir être considérées comme évolutives. Si la gibbosité s'est accentuée légèrement, on peut constater que la scoliose s'est améliorée ».

La malade rentre chez elle en novembre 1942 très améliorée ; elle continue les lavages vésicaux et fait des séances de rayons ultra-violet ; la fistule médiane s'est fermée complètement ; la fistule latérale gauche ne donne plus de matières pendant quelque temps. En mars 1943, Mme D... fait une crise de néphrite, elle se rend alors à la campagne où elle reprend les bains de soleil. A la mi-avril il se reforme un abcès du côté gauche, qui se vide dans la vessie mais se tarit très rapidement.

La malade est revue le 30 juillet 1943, elle est bronzée par le soleil et elle a très notablement engraisée ; son état général est floride. Les fistules n'ont point donné du 16 mai au 8 juillet, à ce

moment la fistule médiane a donné un mélange de pus et de sang jusqu'au 20 juillet.

La région dorso-lombaire porte une petite gibbosité, très élevée, une masse irrégulière, très dure, du volume du poing.

Le 3 août, l'indice du Vernes-résorcine est de 100.

Mme D... rentre chez elle en octobre. La fistule médiane se rouvre et donne issue à un liquide séro-purulent peu abondant. Il n'y a plus aucun signe de cystite. Une analyse des urines prélevée aseptiquement ne révèle aucun élément anormal. On continue les lavages vésico-réguliers et les cures de Néotropine, ainsi que les injections de calcium intra-veineux et de Cinnozyl. On reprend en décembre le vaccin de Vaudremer. L'état général continue à se remonter malgré quelques poussées fébriles vespérales à 38°.

Le 15 février 1944, l'indice du Vernes-résorcine est à 108. L'état général est floride et on ne constate aucun symptôme d'infection vésicale. Azotyl et Splénormome.

Un examen radiographique du 27 mars 1944 montre : « de face : déviation en scoliose de la colonne ». Le foyer touche les vertèbres D. 12, L. 1, L. 2 et le disque L. 2, L. 3. Des lésions sont en bonne voie de calcification. De profil : déviation en cyphose de la colonne dorso-lombaire. Les vertèbres touchées sont en bonne voie de calcification, mais ne forment pas encore un bloc suffisamment solide. De face : pas d'image de fusée latéro-vertébrale.

La radiographie de l'abdomen sans préparation semble montrer une ombre sur le flanc droit de la colonne lombaire, partant de la hauteur du foyer Pottique et plongeant dans la fosse iliaque ».

La malade prend du Splénormone *per os* et des injections de Vitadone.

Le 21 octobre 1944, un examen radiographique (Docteur LAPEYRE) montre : comme à l'examen du 6 septembre 1943, il existe des signes de mal de Pott lombaire avec nécrose très accentuée des premières et deuxième corps vertébraux lombaires, lésions qui sont actuellement en bonne voie de consolidation, mais avec persistance de zones de nécrose encore très prononcées et avec élargissement du paces gauche dû à un abcès ossifluent.

Le 8 décembre 1944, l'indice du Vernes-résorcine est de 79. Les urines contiennent 4 gr. 68 de sucre par litre, des traces d'albumine et d'acétone.

La malade donne régulièrement de ses nouvelles ; son état général s'améliore, elle ne souffre plus. Les éléments normaux ont disparu des urines ; elle peut donc être considérée comme convalescente.

Grefe osseuse d'ALBEE sous-anesthésie locale le 7 mai 1945, sans aucun incident, réunion *per primum*.

OBSERVATION N° II

(due à l'obligeance de M. le Professeur AIMES)

L... Sylvette, 19 ans et demi. Entre dans le service le 5 mai 1944.

Antécédents personnels nuls ; père et mère en bonne santé ; deux frères et une sœur en bonne santé également ; un enfant de un mois et demi, *idem*.

Antécédents génitaux : réglée à treize ans ; règles toujours régulières ; moyennement abondantes. Pas de caillots. Durée 5 à 6 jours, indolores. Un peu de leucorrhée intermenstruelle. Une grossesse en 1943 normale ; pas de fausse-couche.

L'accouchement se fait le 26 mars 1943 ; assez rapide. Petite déchirure périnéale ; un point. Lever au douzième jour mais asthénie assez importante. Au 18^e jour, température à 38°-39°.

La malade s'alite 3 jours. Pas de traitement. Tout rentre dans l'ordre ; mais l'asthénie persiste.

Le 23 avril 1944, fièvre à 40° ; frisson. Le médecin appelé prescrit : Thiazomide et glace sur l'abdomen.

Les jours suivants : fièvre, pas de douleur abdominale. Le médecin consulté fait le diagnostic de phlegmon du ligament large. Il appelle en consultation le Professeur Roux qui fait entrer la malade d'urgence à l'hôpital.

Le 5 mai. — Etat général très médiocre : pouls à 100 ; faciès pâle et maigrit. L'abdomen est étalé, mais non ballonné. Les téguments sont infiltrés d'œdème qui s'étend jusqu'à la racine des cuisses.

La palpation montre une lésion diffuse sous-ombilicale. La région épigastrique est parfaitement souple ; par contre la région hypogastrique est assez difficile à explorer. On sent sur la ligne médiane une masse dure remontant jusqu'à 10 cm. au-dessus de la symphyse. Elle paraît régulière et arrondie. Il semble s'agit du corps utérin. La fosse iliaque gauche ne paraît pas libre, sans que l'on puisse avoir plus de précision. La fosse iliaque gauche ne paraît pas libre, sans que l'on puisse avoir plus de précision. La fosse iliaque droite par contre est entièrement occupée par une volumineuse masse à contours imprécis. Cette masse est dure et séparée de la masse centrale par un sillon. La palpation de l'abdomen est absolument indolore. Toucher vaginal : grandes lèvres œdématisées ; les parois vaginales paraissent épaissies.

Le col est légèrement déporté ; il est augmenté de volume, de consistance molle ; il est régulier et son orifice externe est fermé. Le corps répond bien à la masse hypogastrique. Il dépasse la symphyse de 10 cm. Il est indolore, de consistance ferme ; il est absolument bloqué.

Le cul-de-sac latéral gauche est émuoussé ; on ne sent pas de masse ; il est indolore.

Le cul-de-sac latéral droit est empâté davantage ; indolore. Le Douglas est libre.

L'examen au speculum ne donne rien de plus ; l'hystérométrie est difficile.

La conclusion est : soit un phlegmon du ligament large droit ; soit une tuberculose génitale aiguë.

Le 10 mai. — A l'examen pulmonaire, mêmes signes qu'à l'entrée. Percussion : matité de la base droite avec abolition des vibrations. Matité de la base gauche, vibrations normales. Auscultation : abolition du murmure vésiculaire à droite. Souffle tubo-pleural à gauche.

D'où épanchement droit.

A la ponction on retiée du liquide louche :

Polynucléaires	57 %
Lymphocytes	13 %
Pas de B. K.	

Examen abdominal : abdomen plus souple ; l'utérus présente toujours le même volume.

L'hémoculture faite est négative.

La résection de Vernes-résorcine donne 166.

Azotémie : 0 gr. 26 par litre.

Le 23 mai. — Réaction de Vernes-résorcine à 92.

Traitement. — Le 5 mai incision exploratrice sus-crurale droite. L'exploration reste strictement sous-péritonéale. Le décollement bien que poussé jusqu'aux vaisseaux iliaques externes ne ramène point de pus. Fermeture en trois plans sans drainage.

Le 10 juin. — La malade sort du service ; assez mauvais état général.

Abdomen : peau ichtyosique ; ventre souple, étalé, indolore. On ne perçoit aucune masse profonde, si ce n'est le corps utérin. Les fosses iliaques ne montrent rien de spécial.

Toucher vaginal : épaissement des parois vaginales, surtout la paroi postérieure. Col légèrement augmenté de volume. Corps en position normale. Cul-de-sac droit manque de profondeur ; les culs-de-sac droit et gauche sont indolores et souples.

Spéculum : érosion péri-orificielle ; leucorrhée abondante.

Radio pulmonaire : aspect légèrement voilé des deux bases avec cul-de-sac émuoussés. Il existe une adhérence pleuro-péricardique déterminent une légère attraction systolique de la coupole.

OBSERVATION N° III

Clinique gynécologique du Professeur LAPEYRE

J., Léonie. Entre dans le service du Professeur LAPEYRE, le 23 mars 1938.

Antécédents : *pleurésie* à seize ans, appendicite opérée en mars 1937. Père, mère, frères et sœurs en bonne santé. Epoux, idem. Premières règles à 12 ans. Règles irrégulières. Période menstruelle tantôt avancée de 5 jours, tantôt de 8. Dernières règles du 20 avril au 24 avril 1938. Malade *mariée depuis 5 mois*.

Histoire de la maladie: Cinq jours après ses dernières règles, douleurs abdominales assez violentes, diffuses, avec nausées ; pas de vomissements. Diarrhée, fièvre à 39°8. La malade se met au lit. Depuis les douleurs abdominales persistent, localisées dans les fosses iliaques. L'état nauséeux a duré une dizaine de jours. La température s'est maintenue aux environs de 39°. Pas de pertes blanches, pas de pertes rouges.

Examens cliniques: 24 mars 1938: ventre plat ; résistance à la pression dans la région suspubienne. Toucher vaginal : corps utérin paraît rejeté à droite et en avant par une masse rénitente du volume du poing occupant le cul-de-sac postérieur et la moitié gauche de l'excavation.

28 mars 1938: la masse a augmenté de volume.

14 avril 1938. — La masse qui bombait dans le Douglas a diminué de volume. La malade se trouve améliorée ; par contre, elle présente de la *pyurie*. Au spéculum, *col utérin absolument normal*.

17 avril : à plusieurs reprises *émission de pus par l'anus*. La température descend à 37°4.

24 avril : dans le cul-de-sac gauche masse rénitente du volume d'une orange. Au toucher rectal on sent bien la saillie du col et au-dessus d'elle une induration de la paroi avec une ombilication en son centre qui peut correspondre à un orifice de communication avec la masse inflammatoire puisque la malade émet du pus par l'anus.

25 mai. — Depuis un mois *fièvre à grandes oscillations* dépassant 39°, le soir et le matin à 37°6. Ventre pas trop douloureux. Toujours du pus dans les selles. *Aménorrhée totale. Amaigrissement*.

29 mai. — Intervention chirurgicale.

Anesthésie générale à l'éther après injection de Sédol. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est ouvert prudemment près de l'ombilic. A ce niveau, pas d'adhérences, mais on en trouve tout de suite sur les côtés où les anses grêles sont parsemées de petites granulations tuberculeuses. On dégage ces anses

grêles et on progresse vers la symphyse où l'on est arrêté à trois travers de doigt environ au-dessus d'elle par l'adhérence intime d'un nœud d'anses intestinales au péritoine pariétal. En insinuant le doigt de chaque côté, latéralement on arrive à cliver cette adhérence. En réalité, on n'a pas décollé les anses grêles de la paroi, mais on est tombé dans une sorte de cavité close à parois tomenteuses contenant un magma blanc rougeâtre qui s'enlève à la curette. On ne trouve point trace de plan de clivage ; c'est en vain qu'on essaie d'entrer dans la cavité pelvienne. On juge inutile de persévérer. Après avoir touché à l'iode la surface de décollement qui saignote un peu on referme en trois plans la paroi abdominale.

8 août 1938 : un abcès s'est formé sous la cicatrice ; évacuation d'un demi haricot de pus. Mise en place d'une mèche.

13 août : pansement souillé d'un liquide marron d'odeur fécaloïde. L'existence d'une fistule stercorale est confirmée le jour suivant.

25 août : écoulement plus ou moins abondant de liquide par la fistule selon les jours. L'état général est mauvais ; la malade réclamée par la famille sort du service en état de cachexie très accentuée.

Examens de laboratoire.

Sang : urée 0.28 gr. par litre.

Séro de Widal négatif.

B. W. : négatif.

Prélèvement cervical : gonoréaction négative.

Urine : pus et colibacille.

Crachats : pas de B. K.

OBSERVATION N° IV

Clinique gynécologique du Professeur Aimes.

P... Pierrette entre à la clinique le 13 janvier 1945.

Antécédents :

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 20 ans. Traitement par le salicylate de soude.

Antécédents familiaux : rien à signaler.

Réglée à 13 ans. Règles tous les 28 jours, légèrement douloureuses ; quelques pertes entre les règles.

Malade mariée ; une grossesse ; pas d'avortement.

Histoire de la maladie. — Depuis trois mois fatigue générale, maux de tête, maux de reins. *Pertes blanches continuelles*, assez abondantes, jaunâtres, visqueuses.

Fréquentes envies d'uriner. — 10 à 12 fois la nuit.

12 à 15 fois le jour.

Pas de modifications des règles.

Examen clinique. — 19 janvier. — Toucher vaginal : col augmenté de volume en position normale, limité dans sa mobilité. Corps de volume et de position normale. Cul-de-sac droit libre. Dans le cul-de-sac gauche on perçoit une masse du volume d'une orange fixée, sensible à la pression. Le Douglas est peu dépressible, mais on ne perçoit pas de masse. Il paraît s'agit d'une annexite gauche avec troubles urinaires fonctionnels par irritation de voisinage.

8 février. — Après le traitement (lavages vésicaux au nitrate d'argent, antipyrine) les troubles vésicaux disparaissent.

8 février. — Toucher vaginal : sur le bord gauche de l'utérus on sent une petite tumeur dure, du volume d'une noix, et dans le cul-de-sac postérieur une tuméfaction qui paraît être les annexes. Sul-famides, glace sur le ventre.

22 février. — La malade sort du service avec le traitement suivant sur ordonnance :

Héliothérapie, Vaccin de Vaudremer (boîte bleue), Colloïdogénine, Cibenko.

Examens de laboratoire. — Urines : albumine. Absence de germes dans le culot de centrifugation.

Sang : azotémie 0.40 gr. par litre.

B. W. : négatif.

Vernes-résorcine : le 12 février : 77 ; le 3 mai 92.

Mucus vaginal : pas de gonocoques.

Il s'agit donc d'une annexite bacillaire. La malade entre à nouveau dans le service le 27 mars 1945. Quelques jours après la sortie du service ; douleur siégeant dans la fosse iliaque gauche et les lombes et s'irradiant dans la vulve. Pas d'apaisement de la douleur dans le décubitus. Un peu plus tard apparaît de la *cystite* et *pollakiurie*.

Anorexie, insomnies, *aménorrhée* depuis le 20 janvier. Quelques pertes blanches réapparaissent. Le traitement a été suivi consciencieusement, mais l'héliothérapie a été localisée seulement aux membres inférieurs et abdomen.

Au toucher dans le cul-de-sac gauche, masse de la grosseur d'une olive, dure, douloureuse, plaquée contre l'utérus.

Le 6 mars clocher thermique à 40° ; température irrégulière depuis à 38° le soir.

OBSERVATION N° V

(DE BEGOUIN, Bordeaux. *Gyn. et Obst. d'août 1933*)

Mlle C..., 20 ans, est prise au début de février 1933 de fièvre avec courbature générale, sans douleur localisée abdominale ou

autre. Grippe diagnostique son médecin, ancien interne instruit et consciencieux.

Dix jours plus tard la fièvre persiste et la diarrhée étant survenue, le médecin pense à une fièvre typhoïde. Mais le séro-diagnostic est négatif. Alors, la fièvre continuant depuis un mois et l'état général s'affaiblissant de plus en plus, le médecin craint une granulie. Un phthisiologue ne trouve rien aux poumons ni ailleurs, mais en fin d'examen, pratiquant le toucher rectal, il découvre dans le petit bassin une grosse masse rénitente qu'il juge génitale. C'est alors que je fus appelé ; je trouvais, en effet, une masse pelvienne plus grosse que le poing qui avait tous les caractères d'un pyo-salpinx fixé par de la pelvipéritonite.

En raison de son développement chez une *vierge, mal réglée*, qui avait eu une *pleurésie* quelques années plus tôt et qui trois mois avant sa grippe avait commencé à *maigrir*, il me fut facile de faire le diagnostic de la nature tuberculeuse de cette annexe suppurée. Il était difficile en face de cette fièvre oscillant chaque jour depuis un mois entre 38° le matin et 40° le soir, en face du grand amaigrissement et de la faiblesse de cette maladie de décider de la meilleure thérapeutique à instituer.

Une semaine plus tard, le 11 mars, *évacuation de pus par l'an*us, se répétant les jours suivants.

La fièvre persiste aussi élevée avec les mêmes oscillations ; l'émaciation et la faiblesse s'accroissent.

On a l'impression qu'à continuer le traitement médical, c'est laisser aller cette jeune fille à une mort prochaine par hécitité. Opération le 22 mars : sous éther après transfusion la veille de 150 grammes de sang. Pas de granulations sur le péritoine. Les annexes forment une grosse masse rouge partout adhérente. Le pyosalpinx gauche est moins volumineux que le droit. Le colon pelvien est adhérent sur 10 centimètres et perforé. Castration utéro-annexielle. Suture intestinale; mickulicz. L'après-midi se passe bien; le soir, température à 40 degrés; pouls à 130. A 3 heures du matin, le lendemain, pouls incomptable. La malade meurt.

Histologie de la pièce : bacillose.

OBSERVATION N° VI

(DE BEGUIN, Bordeaux, *Gyn. et Obst.*, août 1933)

Fin novembre 1925, Mlle D... avait été prise de *fièvre* sans cause locale appréciable, ce qui avait fait porter à son médecin, professeur à la Faculté, le diagnostic de grippe.

La fièvre persistant et la *diarrhée* étant survenue, il crut ensuite à une fièvre typhoïde que le séro-diagnostic négatif infirma,

Ce n'est que par évacuation subite de *pus par le rectum* au bout d'un mois que le diagnostic de pyosalpinx tuberculeux fut porté chez cette jeune *vierge* qui avait pour antécédents: *pleurésie, amaigrissement* inexplicable.

Hystérectomie abdominale en mars 1926. Le colon pelvien est adhérent aux deux pyosalpinx. Castration utéro-annexielle. Sutures intestinales, enfouissement. Drainage. Suites immédiates bonnes mais au 15^e jour, *fistule intestino-pariétale*.
Septicémie. Mort le 20^e jour.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC CLINIQUE

I. — DIAGNOSTIC POSITIF: souvent difficile se fera quelquefois après un interrogatoire minutieux et un examen clinique approfondi.

La recherche des antécédents a pour le diagnostic clinique une importance égale ou supérieure à celle des symptômes actuels. Devront être fouillés avec soin les antécédents :

a) *Personnels:*

— L'état général défectueux fait le lit à la tuberculose:

— Certaines affections : rougeole surtout, prédisposent à l'éclosion d'annexites tuberculeuses. De même, les affections annexielles préalables fournissent un terrain favorable à l'évolution du B. K.;

— Les manifestations bacillaires antérieures doivent mettre le médecin en éveil (lésions pulmonaires, pleurésie, adénopathie, trachéo-bronchique, bacillose péritonéale, articulaire).

b) *Génitaux:*

— Dysmenorrhée: il s'agit de jeunes filles réglées difficilement, douloureusement, un peu tard (vers 15 ou 17 ans)

avec des irrégularités, des retards. Cette dysménorrhée paraît être en rapport avec l'hypoplasie, les déviations de l'appareil génital;

— L'amenorrhée est moins fréquente;

— Les métrorragies ou ménorragies ne sont pas un symptôme banal; dans les salpingo-ovarites d'origine puerpérale ou gonococcique, les règles sont irrégulières, mais il n'y a pas de pertes entre les règles;

— La leucorrhée fréquente n'a aucun caractère spécial;

— La grossesse, l'accouchement mettent la femme dans un état d'anergie, prédispose à l'éclosion de lésions tuberculeuses.

L'examen devra porter sur:

— les malformations de l'appareil génital: un net arrêt de développement, un état infantile, atresie vaginale ou utérine, créent des conditions anatomiques favorables à l'infection tuberculeuse, si elles ne sont pas la signature d'une hérédodystrophie tuberculeuse.

— La virginité est un signe de la plus haute importance. Ici le diagnostic de tuberculose est pratiquement presque certain;

— La stérilité n'est pas constante; si elle n'est pas expliquée par une infection gonococcique ou spécifique, on pourra envisager l'atteinte tuberculeuse.

L'évolution longue, traînante, coupée de poussées aiguës, de rechutes inattendues, inexplicables, malgré un traitement bien conduit, devra faire penser à la bacillose.

De même, un *état général* profondément atteint, surtout lorsqu'il y a discordance entre les troubles généraux et l'importance des lésions locales; lorsqu'on constate une évacuation spontanée de collections suppurées périsalpin-

giennes et que l'état général s'aggrave au lieu de s'améliorer.

En présence d'une annexite, il faudra toujours songer à la tuberculose, car elle est en cause une fois sur dix. Dans 75 % des cas, le diagnostic ne sera pas fait; et elle sera prise pour une annexite banale.

Malgré tous ces signes, le diagnostic de certitude ne se fait que peu à peu. Il est rare que l'on puisse le poser d'emblée. On le fait par l'évolution de la maladie.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL: devra être fait lorsque le début est brutal d'avec l'appendicite aigüe, la torsion pédiculaire d'un kyste de l'ovaire, la rupture de grossesse extra-utérine, l'annexite gonococcique. Au contraire, lorsque le début est insidieux et que les phénomènes généraux prédominent, on pourra penser à une fièvre typhoïde (observations 1, 5 et 6), une grippe, une granulie-pulmonaire.

— Dans l'appendicite aigüe, sauf dans ses formes pelviennes, la douleur est plus brutale que dans l'annexite tuberculeuse. Les signes péritonéaux sont plus marqués. La palpation permet de déceler un point douloureux électif à droite. Le toucher vaginal ne décèle pas d'anomalie importante.

— Dans la grossesse extra-utérine, la masse annexielle a des caractères communs avec l'annexite aigüe tuberculeuse. Mais ici, petites lipothymies, tous les signes de grossesse.

— L'annexite aigüe banale a un début plus brusque; la douleur atteint rapidement son apogée, puis diminue peu à peu sous l'influence du repos et de la glace sur l'abdomen. Les récidives sont rares. Il y a toujours avant

le stade de salpingite, un stade de métrite persistante, impossible à guérir, des altérations du col, une augmentation du volume de l'utérus. Mais surtout, sous l'influence du traitement, la crise évolue et se termine par la résolution. Au contraire, dans la salpingite tuberculeuse, la malade étant au repos, entourée de soins médicaux, l'état reste stationnaire.

— Devant l'anorexie, céphalée, abattement, fièvre élevée, diarrhée, ballonnement, légère douleur à la palpation du ventre, le diagnostic de fièvre typhoïde peut être porté.

— L'infection puerpérale peut être incriminée quand les phénomènes infectieux surviennent dans les jours qui suivent un accouchement; température élevée, douleur dans la région hypogastrique, lochies abondantes et fétides, mauvais état général. Le diagnostic n'est souvent fait qu'à l'intervention (observation n° 2).

DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE

Le laboratoire peut-il venir en aide à la clinique ou peut-il à lui seul nous apporter la lumière?

Sur quelle réaction pouvons-nous nous baser?

1° La recherche directe du B. K. dans les sécrétions vaginales ou utérines ne donnant rien. Le B. K. y a été trouvé rarement. Plus intéressante est l'inoculation au cobaye du liquide obtenu par ponction du Douglas. Elle a donné des résultats positifs à bien des auteurs. D'une pratique facile, elle serait dénuée de tout danger. Eventuellement répétée, elle peut souvent éviter la colpotomie avec ses risques de fistulisation lorsqu'il s'agit de tuberculose annexielle.

2° L'absence dans le sang de leucocytose avec polynucléose dans le cas d'annexité tuberculeuse est d'une interprétation trop difficile et pas toujours constante.

3° La cuti-réaction, de pratique très facile n'offre aucun intérêt puisque chez l'adulte sa positivité est de 90 à 95 %.

4° La réaction de Besredka.

Si on veut lui accorder une valeur réelle, il faut d'abord chercher la présence de la syphilis ; celle-ci, en effet, peut donner des réactions positives. Une réaction de Besredka nettement positive est en faveur d'une tuberculose en évo-

lution ou en activité. S'il existe chez la femme des lésions annexielles et que l'examen clinique ne révèle aucune autre localisation tuberculeuse, il y a beaucoup de chance pour que cette lésion soit tuberculeuse. Une réaction de Besredka légèrement positive ne peut, par contre, être prise en considération.

5° La réaction de Vernes à la résorcine.

Sa technique. — La réaction se pratique sur le sérum sanguin clair et la date récente. Dans un tube de 13×60 mm. on introduit 0,6 cc. de sérum, puis 0,6 cc. d'une solution dans l'eau bidistillée de résorcine pure à 1,25 %. On agite et immédiatement on détermine la densité optique du mélange à l'aide du photomètre de Vernes, Bricq et Yvon. Il importe que la lecture soit faite aussitôt que possible, certains sérums flocculant très vite.

Son interprétation. — La réaction se chiffre par des nombres allant de 0 à 200. Pour Vernes, tout sujet dont le sang prélevé à jeun donne un chiffre inférieur à 20 est indemne de tuberculose évolutive, méningite tuberculeuse exceptée. Quand le chiffre dépasse 30 et se maintient au-dessus de ce niveau, la malade est tuberculeuse. Accidentellement, on peut trouver un chiffre élevé au cours de certains cancers, dans des maladies non bacillaires ; mais ce chiffre ne se maintient pas.

Ce qu'il importe de faire, c'est de pratiquer plusieurs examens en série pour construire une courbe sérologique.

C'est l'étude de cette courbe qui permettra d'affirmer ou de rejeter le diagnostic de tuberculose. En effet, la courbe de flocculation suit parallèlement l'évolution de la maladie, de telle sorte que pour Vernes, le praticien est guidé par un tracé qui étale sous ses yeux la courbe même de la maladie.

Conditions nécessaires à l'obtention de bons résultats. —

La réaction de Vernes résorcine, pour donner des résultats valables, ne doit être pratiquée que chez des sujets à jeun depuis 15 heures au moins. Seuls les sérums parfaitement clairs seront utilisés.

L'action sur le sérum sanguin des médicaments est capable de changer le sens d'une réaction. Il y a donc lieu, avant de faire une telle réaction, de supprimer tout usage de médicaments: en pratique 3 jours auparavant.

L'hyperthémie ne semble pas influencer la réaction Vernes.

Il importera surtout de se fier à une technique opératoire toujours la même, rigoureuse pour obtenir des courbes exactes et comparables entre elles.

Sa signification. — La Réaction de Vernes indique d'une façon générale, non pas comme le fait la Réaction de Pirquet qu'il y a eu infection tuberculeuse, mais si cette tuberculose évolue ou non. La réaction rend donc compte de l'activité du processus infectieux.

En effet, chez des individus sains, la réaction de Vernes est négative, alors que la réaction de Pirquet est positive le plus souvent. Par contre, la réaction de Vernes pratiquée dans une tuberculose monte au moment des poussées évolutives, puis descend dans les périodes d'amélioration.

Sa valeur est donc considérable pour étudier l'évolutivité d'une bacilliose quoique limitée par ce fait qu'il est possible d'avoir une réaction positive en dehors de la tuberculose (maladies infectieuses aiguës, sarcomes, syphilis).

Son utilité est surtout très grande lorsqu'on veut suivre une évolution (Observations 1, 2 et 4).

Des travaux de Breton, il ressort que la Réaction de Vernes est supérieure à la Réaction de Besedka et une plus haute valeur pour faire le diagnostic d'une tuberculose. Sur 213 cas de tuberculose avérée :

la Réaction de Vernes a donné :

83 % de positivité

1 % de négativité.

la Réaction de Besredka :

60 % de positivité

39 % de négativité.

Les résultats ne sont pas comparables. Il n'est pas possible, en tous les cas, de juger par l'intermédiaire de la Réaction de Besredka, de l'activité ou de la non-activité d'une tuberculose.

La Réaction de Vernes n'est donc pas une réaction unique, capable d'éliminer toutes les autres et de se suffire à elle seule. Pratiquée avec suite, ses résultats seront d'autant plus profitables. Elle paraît être, à l'heure actuelle, la meilleure méthode de laboratoire susceptible d'apporter un élément utilisable pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose.

DIAGNOSTIC OPERATOIRE

Il est souvent embarrassant, car les granulations tuberculeuses, caractéristiques ne sont pas toujours apparentes à l'œil nu sur les trompes et même sur le péritoine, si bien que quelquefois, l'abdomen ouvert, la nature bacillaire des lésions nous échappe.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Seul le microscope peut nous donner des renseignements précis sur le diagnostic. L'examen systématique a montré même des lésions bacillaires des annexes dans des cas insoupçonnés.

Comme le dit MOULONGUET « la moitié des cas ne pourraient être identifiés que par l'examen histologique » dont la conséquence pratique est de diriger les suites opératoires.

TRAITEMENT

Faut-il opérer ? Ne faut-il pas opérer ?... questions souvent posées.

Trois périodes se sont succédées l'une à l'autre.

— une période d'abstentionnisme thérapeutique antérieure à 1862;

— une période chirurgicale d'autant plus exclusive que les progrès de l'asepsie augmentaient,

— une période médico-chirurgicale où les avis les plus divergents sont émis et qui commence en 1890 avec PONCET.

A l'heure actuelle, le traitement de la tuberculose annexielle doit être dominé par les principes suivants :

— les femmes atteintes d'annexité¹ tuberculeuse sont avant tout des tuberculeuses. En admettant que le processus bacillaire crée des lésions primitives au niveau des annexes, il ne faut pas oublier que dans la majorité des cas, les annexes participent à la tuberculisation générale de l'organisme. D'autres foyers, plus ou moins latents, sont susceptibles de se réveiller et d'évoluer un jour. De ce fait, le traitement chirurgical seul est insuffisant, mais doit être associé à d'autres médications destinées à stimuler les moyens de défense de l'organisme et d'agir sur les lésions existantes.

— l'intervention chirurgicale, s'il ne s'agit que d'une laparotomie exploratrice, lorsque l'abstention est comman-

dée par la multiplicité des adhérences intestinales ou même si elle est restée incomplète, peut devenir curative en exposant largement la cavité abdominale à l'air et à la lumière.

Le point essentiel est de ne jamais la pratiquer pendant la période aiguë.

— L'annexite tuberculeuse peut guérir sans intervention chirurgicale grâce à la physiothérapie.

Quelle attitude prendre devant l'une et l'autre méthode? Seule l'étude des formes anatomo-cliniques permet de prendre position, des formes différentes aiguillant le traitement dans divers sens.

Deux cas vont se présenter :

— ou bien le diagnostic d'annexite bacillaire a été porté,

— ou bien on croit à une salpingite banale.

Dans le premier cas, il est de mise de commencer toujours par la physiothérapie, quitte à faire opérer la malade si insuccès il y a. Mais souvent le chirurgien aura la main forcée... devant une malade minée par la fièvre, présentant des fistules, amaigrie, s'affaiblissant chaque jour davantage. il semble qu'avec le traitement médical seul on la laisse aller vers la mort prochaine.

Mais dans 75 % des cas, la salpingite tuberculeuse sera prise pour une salpingite banale et opérée comme telle. Dans nombre de cas en effet, le diagnostic ne s'impose cliniquement et ce n'est qu'à l'intervention que l'on peut reconnaître les lésions. Ici, après l'intervention, la malade sera soumise à la physiothérapie et le traitement médical général institué.

I. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Le traitement chirurgical de l'annexite tuberculeuse avec pelvipéritonite peut prendre des visages différents

et aller depuis la simple laparotomie exploratrice aux excrès plus ou moins considérables jusqu'à l'hystérectomie...

A l'intervention, après ruptures d'adhérences, on tombe sur de véritables tumeurs solides constituées par l'agglutination d'anses intestinales, des annexes. Il y a de la péritonite tuberculeuse adhésive, fibreuse, fibrineuse ou fibro-caséuse. Au milieu de ce magma, les viscères sont plus ou moins gênés dans leur fonctionnement; les anses grêles, le colon sigmoïde, sont emprisonnés, d'où fréquence de troubles intestinaux.

Dans d'autres cas, on trouve des collections séreuses ou purulentes isolées de la grande cavité par des cloisonnements et des brides multiples.

L'extirpation totale des annexes est souvent laborieuse et pleine de dangers. De nombreuses adhérences risquent d'entraîner des lésions de la vessie et de l'intestin. Tout le pelvis est parfois transformé en un bloc d'adhérences dans lequel il est souvent difficile de retrouver les annexes.

« Vouloir envers et contre tout faire une castration, c'est s'exposer à des désastres d'autant plus que l'appréciation des lésions intestinales est chose difficile et que le chirurgien, même le plus expérimenté, risque de réintégrer une anse qui se fistulisera quelques jours après dans le grand ventre » (CONDAMIN).

Il faut savoir ne pas s'obstiner à vouloir tout enlever coûte que coûte. Selon l'aphorisme d'Ollier, « Tuberculose n'est pas cancer »; les interventions ne demandent pas toujours à être complètes pour amener la guérison. D'ailleurs, les lésions sont souvent telles que le plus souvent il serait impossible d'en pratiquer l'ablation totale dans la moitié des cas et que des granulations miliaires resteraient abandonnées sur les séreuses péritonéales et intestinales.

Si les lésions apparaissent trop complexes et l'intervention dangereuse, mieux vaut reculer, quitter à refermer l'abdomen sans rien tenter ou se contenter d'une ablation partielle ou de l'ouverture d'un abcès froid.

Les inconvénients de l'exérèse sont multiples. Quand il s'agit de femmes jeunes de 18 à 20 ans, il est désastreux de pratiquer sur elles la castration. La suppression de la menstruation et de toute sécrétion interne génitale pourra entraîner des troubles graves de castration précoce : perturbations physiques, psychiques qui transformeront parfois ces jeunes femmes en véritables infirmes.

Guérir sans stériliser si possible est devenu l'objectif de nombreux gynécologues.

Mais cette pratique se justifie-t-elle en matière de tuberculose génitale? La grossesse est rarissime après les castrations unilatérales dans les annexites bacillaires; en plus de l'aggravation des lésions génitales, bacillaires, celle-ci constituerait d'autre part un véritable danger du fait de la localisation, nullement exceptionnelle dans la trompe malade.

Il s'agit donc le plus souvent d'interventions graves. Le pourcentage de mortalité est assez élevé comme l'a montré BROCCQ. Ces résultats doivent inciter les opérateurs à la prudence, d'autant plus que la physiothérapie complétant l'opération ou la préparant, peut revendiquer actuellement de très beaux succès.

II. — PHYSIOTHÉRAPIE.

Comprend l'héliothérapie, l'actinothérapie, la roëntgenthérapie.

1° *L'héliothérapie*:

Utilisée depuis les temps les plus reculés (GALIEN), elle

a été appliquée de façon systématique par ROLLIER. Étudiée par PONCET, LERICHE, JOUBERT, Armand DELILLE, au Congrès de Thalassothérapie de Cannes en 1914, par AIMES et BRODY qui ont montré l'intérêt de cette thérapeutique.

Ses effets. — Le plus remarquable est le relèvement de l'état général qu'il est facile de mettre en évidence par la numération globulaire et la valeur globulaire sanguine. L'appétit reparaît, le poids augmente, le sommeil se régularise, l'asthénie disparaît. L'élimination phosphaturique diminue et la malade se recalcifie.

Par son action bactéricide, l'héliothérapie agit sur les lésions de surface, sur les fistules post-opératoires.

Elle a une action analgésique.

Une action résolutive importante : la suractivité circulatoire (hyperhémie, érythèmes) explique la résolution des exsudats, la sclérose des lésions tuberculeuses et dans l'annexite tuberculeuse avec pelvipéritonite la résorption progressive du gâteau péritonéal.

Ses indications. — L'héliothérapie, adjuvant nécessaire de la thérapeutique chirurgicale a pu être considérée dans certains cas comme le facteur essentiel de la guérison, dans d'autres cas elle a été suivie d'une amélioration manifeste. Elle doit toujours précéder ou suivre l'intervention chirurgicale.

Ses contre-indications. — La température de la malade doit être surveillée matin et soir ; si elle s'élève chez une malade apyrétique ou si elle persiste chez une fébricitante, il est indiqué de suspendre la cure. Les pulmonaires doivent particulièrement être surveillées ; il faut toujours craindre chez eux la congestion, l'hémoptysie. Dans tous les cas, les états cachectiques, l'hypertension, l'artériosclérose, les

cardiopathies mal compensées, l'âge avancé, l'asthénie trop marquée doivent faire rejeter absolument cette méthode.

Lieu de la cure. — Stations de montagne et cure héliomarine.

« Une station unissant les avantages de l'altitude à ceux du climat méridional plus riche et plus tempéré en soleil que les régions élevées des Alpes présente un intérêt spécial... La cure derrière les vitres est un non-sens, la cure en chambre devant une fenêtre ouverte est un pis-aller; la cure sur des galeries très abritées et couvertes est un stade de début et d'entraînement, la cure idéale se fait à l'air libre. Les malades arrivent, non seulement à supporter, mais à rechercher au soleil du vent sur le corps nu... » Telle est l'opinion du docteur MONOD dans son travail intitulé « *la Tuberculose, le Soleil et l'Altitude* ».

Cependant, s'il est impossible à la malade de quitter sa famille, la cure solaire peut se faire *partout* avec succès. L'altitude seule permet une cure non interrompue pendant l'hiver. En plaine, l'insolation pendant les mois d'été devrait être pratiquée le matin car « l'air surchauffé du milieu de la journée fait du bain de soleil un bain de chaleur qui congestionne et affaiblit » (ROCHAT).

Sa technique. — Pour obtenir de la cure solaire tout ce qu'il faut attendre d'elle, il faut l'appliquer avec méthode, la moindre faute de technique pouvant dans les tuberculoses génitales, non seulement compromettre les résultats, mais entraîner des catastrophes.

Soumettre toujours la malade à un entraînement progressif, à la cure d'air sans se découvrir, *le principe de la méthode étant d'habituer progressivement les malades au soleil par petites doses en tenant compte des réactions individuelles de chacun.*

La surface d'exposition sera augmentée peu à peu ; la durée des premières séances variera suivant l'été ou l'hiver. *Toujours commencer et terminer l'insolation par les extrémités inférieures.*

La cure la plus importante se fait le matin.

La surface corporelle découverte sera totale à partir du dixième jour environ en hiver et du quinzième en été.

L'après-midi, deuxième séance dont la durée sera les trois-quarts de celle du matin.

La malade doit être *entièrement nue* pendant la cure, la tête seule étant protégée par un chapeau et les yeux par des lunettes noires.

Elle devra exposer successivement au soleil ventre et dos.

La surveillance de la température doit être rigoureuse ; la cure sera interrompue s'il y a la moindre intolérance.

Durée du traitement. — Cette durée est variable : de trois mois à un an et plus. Prise au début, l'annexiste tuberculeuse évolue plus rapidement vers la guérison que prise tardivement.

Accidents. --- Erythème, céphalée. Troubles visuels dûs au rayonnement ultra-violet, vertiges, nausées, épistaxis se voient dans la première période du traitement. Et plus rarement : congestion cérébrale, lipothymies, tachycardie.

Les résultats sont bons, mais ce n'est qu'une question de temps. Toutes les formes de tuberculose génitale ne peuvent bénéficier de la cure solaire : les statistiques de ROLLIER de LEYSIN peuvent confirmer cette opinion ; l'héliothérapie est, en effet, une arme à double tranchant qu'il ne faut pas employer à la légère,

2° *Rayons ultra-violet*s :

Les rayons ultra-violet

s ont une action inférieure à celle de l'héliothérapie, mais présentent l'avantage d'être à la portée de tous en tout temps et en tous lieux. Néanmoins, à défaut d'héliothérapie, il reste un procédé de choix.

On utilise le plus habituellement la lampe à vapeur de mercure. L'irradiation de l'abdomen et des membres inférieurs doit débiter par des séances de deux minutes pour arriver progressivement à une demi-heure.

Il est un fait certain sur lequel tous les chirurgiens sont d'avis est de faire précéder l'intervention, d'une cure solaire ou artificielle, soit d'irradier pendant l'intervention, soit enfin de faire suivre cette dernière, d'une cure d'hélio ou d'actinothérapie.

3° *Rœntgenthérapie*.

Les succès de la œtgenthérapie en matière de tuberculose annexielle semblent d'après DANIEL avoir beaucoup plus que l'héliothérapie contribuer à diminuer les indications opératoires.

L'action des rayons apparaît comme indéniable, efficace sur les lésions tuberculeuses évolutives de l'appareil génital de la femme. Aux doses thérapeutiques employées, une action directe sur le B. K. ne saurait être admise ; par contre, la constitution histologique du follicule de KÖSTER, si riche en éléments leucocytaires, explique sa radio-sensibilité. Ici, c'est la prolifération du tissu conjonctif qui enferme le foyer tuberculeux dans une gangue cicatricielle. Cette action sur le tissu tuberculeux est mise en évidence par l'examen histologique d'un tissu bacillaire préalablement irradié ; on ne retrouve plus ni cellules géantes ni B. K., mais une prolifération conjonctive intense.

Les doses employées sont peu élevées et d'autant plus faibles que la forme traitée est plus sévère ; elles doivent être échelonnées sur plusieurs semaines.

L'action de la Rœntgenthérapie est lente ; elle peut agir comme traitement de fond, combinée au traitement médical, à l'héliothérapie, à l'actinothérapie.

III. — *Traitement médical* sera à la fois hygiénique, alimentaire, médicamenteux. Son but est d'augmenter la résistance de l'organisme.

1° *Hygiénique*. — La malade devra être mise au repos complet. Les rapports sexuels devront être évités, comme congestionnant le petit bassin. Le repos à la campagne au grand air sera de mise.

2° *alimentaire*. — Pas de surcharge alimentaire, mais bonne alimentation.

3° *médicamenteux*. — Pour renforcer les défenses de l'organisme on pourra donner :

arsenic (cacodylate de soude),
calcium et vitamine D,
iode (sirop iodotannique, lipiodol, huiles iodées).

utiliser des procédés biologiques :

vaccinothérapie,
antigène méthylique de NÈGRE et BOQUET.
allergine.
sérum de JOUSSET.

vaccin de VAUDREMER (émulsion faible) mais aucun traitement vaccinothérapique ne peut agir sur le B.K. adulte. Cependant, si la vaccinothérapie ne peut détruire ce bacille, elle a, par contre, une action puissante

sur les formes jeunes qu'elle arrive à détruire complètement (Communication de M. le FUR: Association française d'Urologie. *Congrès d'octobre 1930*).

La chirurgie à elle seule étant incapable d'enlever toutes les lésions avec leurs bacilles, il paraît donc logique de compléter l'acte opératoire par un traitement vaccinothérapique, traitement de longue durée, de façon à laisser l'organisme sous l'influence du vaccin jusqu'à la guérison complète des lésions et l'arrêt complet du processus microbien.

PRONOSTIC

1° *Quoad vitam* :

La chirurgie a pu dans certains cas sauver la vie de la malade alors que tout semblait perdu. Malheureusement, le pourcentage des morts rapides est élevé et celui des décès plus ou moins tardifs est loin d'être négligeable.

Le pronostic est donc grave. L'intervention ne met pas la malade à l'abri des récidives et la guérison, si elle survient, est longue.

2° *Fonctionnel* :

L'annexite tuberculeuse avec pelvipéritonite de par ses lésions trop avancées détruit complètement les annexes et enlève toute possibilité de grossesse par obstruction cicatricielle des trompes et sclérose ovarienne.

En règle générale, la stérilité précède, accompagne et suit la localisation génitale de la tuberculose :

- 80 % de stérilité pour HARTMANN,
- 68 % de stérilité pour VON SMITH,
- 60 % de stérilité pour GREENBERG.

Cependant des cas de grossesse ont été observés ; ce qu'il faut craindre alors, ce sont les nidations vicieuses de l'œuf : grossesse extra-utérine — tubaire surtout — qui sont toujours suivies de complications graves. Le danger, comme

l'ont montré FRÜHINZHOLZ et FEUILLADE réside surtout dans l'évolution parallèle d'une grossesse et d'une lésion annexielle (risque d'avortement, de poussée aiguë pelvienne, de généralisation de la tuberculose). Le pronostic est donc grave pour la mère, de même lorsque dans le post-partum, il y a une poussée importante de lésions pelviennes.

CONCLUSION

La tuberculose annexielle de la femme est très fréquente, beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait, puisque sur le nombre total des annexites, le dixième peut être est d'origine bacillaire.

Ce sont surtout des jeunes filles et des jeunes femmes qui sont touchées, le processus étant déclenché ou favorisé par l'apparition des premières règles, le mariage, la puerpéralité.

De toutes les formes, la forme aiguë de la tuberculose génitale chez la femme est représentée par l'annexite tuberculeuse avec pelvipéritonite.

Sa symptomatologie prend souvent l'allure d'une « affection infectieuse générale ».

Le diagnostic ne peut se faire que sur des signes de certitude. Dans 75 % des cas il n'est pas fait.

Parmi les moyens de diagnostic, la Réaction de Vernes-résorcine mérite l'intérêt le plus grand, car plus que tout autre elle permet de se faire une idée de l'évolution de la maladie.

Mieux que le traitement chirurgical, l'actinothérapie naturelle et artificielle apparaît comme le traitement de choix.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — Deux observations de tuberculose annexielle. *Société Française de gynécologie*, octobre 1933.
- BAUMGARTEN et BARDOU. — Tuberculose annexielle. *Journal de Médecine* 1921.
- BROCQ-MOULONGUET-GIBERT-ROCHAT. — La tuberculose utéro-annexielle. *Presse Médicale*, n° 84, octobre 1933.
- BROCQ-MOULONGUET-GIBERT. — Sur la tuberculose annexielle. *Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, 1934.
- BEGOUIN. — Tuberculose annexielle à forme aiguë. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 1928.
- BRETON. — Etude de la Réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic et le pronostic de la tuberculose.
- BARTHELEMY. — La tuberculose génitale. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* Paris 1924.
- BERKOWITZ. — Diagnostic de la tuberculose annexielle. Réaction de Besredka. *Thèse Paris* 1926.
- BOURDE. — Quelques aspects cliniques de la tuberculose annexielle. *Monde Médical* 1925.
- BRODY. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme. Héliothérapie. *Thèse Paris* 1927.
- CHAUFTON. — La tuberculose annexielle. *Thèse Paris* 1905.
- COUSYN. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes. *Thèse Paris* 1903.
- COCAUD. — Héliothérapie en gynécologie. *Thèse Montpellier* 1921.
- CONDAMIN. — Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. *Thèse Lyon* 1929.
- CORNAT. — Radiothérapie au cours des pelvipéritonites chez la femme. *Bulletin de la Soc. de Radiologie*, 1931.
- DAVID. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme. *Thèse Nancy* 1935.

- DOMINIC. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. *Thèse Montpellier* 1935.
- DEHAU. — Salpingite tuberculeuse aiguë. *Thèse Paris* 1920.
- DERVAUX. — De la tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales. *Thèse Paris* 1907.
- DANIEL. — La tuberculose génitale.
- DELLET. — Suppurations pelviennes chez la femme.
- PRUHINSHCLZ et FEUILLADE. — Tuberculose génitale et puerpéralité. *Soc. d'Obst. et Gyn.* 1924.
- FEUILLADE. — Tuberculose génitale et ses rapports avec la puerpéralité. *Thèse Nancy* 1924.
- FERRAN. — Péritonite tuberculeuse avec tuberculose annexielle guérie par l'héliothérapie. *Montpellier Médical*, 1922.
- FAURE. — Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome 1902.
- GUIBAL (P.). — Granulie péritonéale aiguë d'origine tubaire. *Bull. de la Soc. Anatomique de Paris*, 1907.
- GOROWITZ. — Tuberculose génitale de la femme. *Thèse Paris* 1900.
- GODART. — Traitement de la tuberculose péritonéale. Héliothérapie. *Thèse Paris* 1912.
- GIBERT. — Radiothérapie des annexites tuberculeuses. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.* 1933.
- Physiothérapie de la tuberculose utéro-annexielle. *Gyn. et obst.*, t. xxviii.
- GARDERE. — Réaction de déviation du complément dans la tuberculose. *Journal Médical français*, mai 1933.
- HELD. — Etude clinique de la tuberculose annexielle. *Gyn. et obst.* 1937.
- KÖNIG. — Congrès sur la tuberculose annexielle. *Gyn. et Obst.* 1933.
- LAPEYRE. — Tuberculose utéro-annexielle. *Fichier Desfour*.
- LENORMANT et MOULONGUET. — Tuberculose annexielle. *Gyn. et Obst.* 1920.
- LERICHE. — Héliothérapie. *Journal Médical Français* 1913.
- LABBÉ. — Annexites tuberculeuses méconnues. *Thèse Bordeaux*.
- MOCQUOT. — Tuberculose génitale de la femme. *Journal des Praticiens* 1927.
- MAYNARD. — Tuberculose annexielle. *Thèse Montpellier* 1931.
- NARBEL et BADOUX. — Sérodiagnostic de la tuberculose par les méthodes de VERNES et BESREDKA. *Revue Méd. Suisse Romande* 1928.
- OLIVIER. — Thérapeutique de la tuberculose annexielle. *Thèse Lyon*, 1912.
- POUBER. — Accidents aigus de la tuberculose annexielle. *Thèse Lyon* 1912.

- PORCHER. — Accidents aigus de la tuberculose annexielle. *Thèse Lille* 1930.
- ROUVILLE. — A propos de trois cas de tuberculose annexielle. *Annales de gynécologie* 1913.
- RIVES. — La tuberculose des annexes de l'utérus. *Thèse Montpellier* 1909.
- RAPPIN. — La vaccinothérapie de la tuberculose. *Vie Médicale* 1924.
- ROLLIER. — Traitement actinothérapique. *Revue Médicale Française* 1929.
- RICARD et COSTE. — Gynécologie et Obstétrique 1925.
- RECLUS. — Pelvipéritonites. *Semaine Médicale* 1891.
- SAIDMANN. — Les rayons ultra-violets en thérapeutique.
- TUENESCO et LORY. — Société Anatomique de Paris 1921.
- VIGNES. — La pelvipéritonite tuberculeuse. *Thèse Lyon* 1926.
- VINCENT. — Séro-réaction de Vernes à la Résorcine. *Journal Médical Français*, 1933.
- VAUTRIN. — Tuberculose ovarienne et grossesse. *Gyn. et Obst.* 1923.
- VAUTRIN. — Traitement de la tuberculose génitale. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Nancy* 1924.
-

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
Etiologie	13
Formes anatomo-cliniques	17
Symptomatologie	25
Observations	25
Diagnostic	35
Traitement	45
Pronostic	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

*La forme aiguë de la tuberculose
génitale chez la femme,*

par Pierre MISSONGE.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1945.

Le Professeur,
AIMES.

Vu:

Montpellier, le 13 juillet 1945.

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1945.

*Pour le Recteur,
Le Doyen délégué :*

P. MATHIAS.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion, ni improbation.

